



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub  
lekarza wykonującego indywidualną  
specjalistyczną praktykę lekarską

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego

.....

Rok urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

**I. WYWIAD**(główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

**Rozpoznanie wg. ICD-10:** .....

.....

.....

**BADANIA PRZEDMIOTOWE:** waga: ..... kg, wzrost: ..... cm, ciepłota: ..... °C

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe .....

2. Układ oddechowy .....

3. Układ krążenia: wydolny – niewydolny \*),

ciśnienie krwi .....

tętno/min .....

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo-płciowy .....

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi .....

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów .....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza) .....

9. Schorzenia współistniejące: \*)

a) choroba zakaźna **tak – nie**, jeśli tak to jaka? .....

b) gruźlica **tak – nie**, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym **tak – nie**

c) narkomania **tak – nie**

d) choroba psychiczna **tak – nie**, jeśli tak to jaka? .....

**III.** Stwierdza się że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji. \*)

**IV.** Oświadczenie osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciela ustawowego\*). Wyrażam / nie wyrażam\*) zgody na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu.

.....  
(data i podpis osoby kierowanej do zakładu

lub jej przedstawiciela ustawowego)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza, data)

\*) niepotrzebne skreślić